FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

# THÈSE

N° 354

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jacqueline DRAVET, née LACHENY**

Né le 9 Février 1938, à Melun (Seine-et-Marne)

*Présentée et soutenue publiquement le* 196

# BILAN D'UNE ANNEE DE POST-CURE DANS LE PLAN DE LA SECTORISATION

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544306_0050

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

# THÈSE

N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jacqueline DRAVET, née LACHENY**

Né le 9 Février 1938, à Melun (Seine-et-Marne)

*Présentée et soutenue publiquement le* 196

# BILAN D'UNE ANNEE DE POST-CURE DANS LE PLAN DE LA SECTORISATION

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.)

Doyen : Gaston CORDIER,

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE

## I. — PROFESSEURS

### 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### *a*) Professeurs titulaires :

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | Delmas (A.) |
| Anatomie pathologique | Delarue (J.) |
| Anesthésiologie | Baumann (J.) |
| Biochimie médicale | Jayle (M.-F.) |
| Biologie appl. à l'Education physique et aux sports | Malmejac (J.) |
| Biologie médicale | Fauvert (R.) |
| Biophysique médicale | Bugnard (L.) |
| | Dognon (A.) |
| | Djourno (A.) |
| Cancérologie méd. et soc. | Bernard (J.) |
| Chimie pathologique | Schapira (G.) |
| Embryologie | Tuchmann (H.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | Joannon (P.) |
| Histologie | Giroud (A.) |
| Hygiène et méd. préven. | Boyer (J.) |
| Médecine du Travail | Desoille (H.) |
| Médecine légale | Derobert (L.) |
| Microbiologie (Bactériol. et virologie) | Fasquelle (R.) |
| Parasitologie | Brumpt (L.-C.) |
| Pathologie chirurgicale | Laurence (G.) |
| Pathologie exotique | N... |
| Pathol. expér. et comparée | Merklen (F.-P.) |
| Pathologie médicale | Laroche (Cl.) |
| | Bricaire (H.) |
| Pathologie respiratoire | Turiaf (J.) |
| Pathol. et thérap. générales | Deparis (M.) |
| Pharmacologie | Cheymol (J.) |
| Physiologie | Bargeton (D.) |
| | Parrot (J.) |
| Physiol. et pathol. obstét. | Lepage (F.) |
| Radiologie médicale | Desgrez (H.) |
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale | Cauchoix (J.) |
| Thérapeutique | Conte (M.) |
| Thérapeutique appliquée | Lamotte (M.) |

#### *b*) Professeurs a titre personnel :

| | |
|---|---|
| Anatomie anthropologique | Olivier (G.) |
| Biochimie médicale | Desgrez (P.) |
| | Polonovski (J.) |
| Biologie médicale | Bourlière (F.) |
| Pharmacologie | Lévy (Mlle J.) |
| Physiologie | Dejours (P.) |
| Physique médicale | Kellershohn (L.) |
| | Gougerot (L.) |
| Radiologie médicale | Fischgold (H.) |

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

### 2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

#### *a*) Professeurs titulaires :

| | |
|---|---|
| *Cliniques :* | |
| — carcinologique chirurg. (Necker) | Redon (H.) |
| — cardiol. (Broussais) | Soulié (P.) |
| — chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.); - *Cochin :* Leger (L.); - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.); - *Pitié :* Cordier (G.); - *Saint-Antoine :* Gosset (J.); - *Salpêtrière :* Sicard (A.); - *Tenon :* Olivier (Cl.). | |
| — chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades) | Fèvre (M.) |
| — chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) | Merle d'Aubigné (R.) |
| — chirurgie cardio-vascul. (Broussais) | Dubost (Ch.) |
| — chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec) | Mathey (J.) |
| — endocrinologique (Pitié) | Decourt (J.) |
| *Cliniques :* | |
| — Génétique médicale (Enfants-Malades) | Lamy (M.) |
| — gynécologique (Broca) | Huguier (J.) |
| — maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) | Degos (R.) |
| — maladies des Enfants (Enfants-Malades) | Turpin (R.) |
| — maladies infectieuses (Claude-Bernard) | Mollaret (P.) |
| — maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) | Delay (J.) |
| — malad. métab. (Necker) | Hamburger (J.) |
| — maladies du sang (Broussais) | Marchal (G.) |
| — maladies du système nerveux (Salpêtrière) | Castaigne (P.) |

| *Cliniques :* | MM. |
|---|---|
| — médicales : *Broussais :* | Milliez (P.), Lenègre (J.) ; *- Cochin :* Brouet (G.) ; *- Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) ; *- Lariboisière :* Sèze (S. de) ; *- Pitié :* Dreyfus (G.) ; *- Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.). |
| - d'hydrologie et de climatologie (Bichat) . . | Debray (Ch.) |
| - médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . . . . | Marie (J.) |
| - médicale propédeutique (Broussais) . . . . . | Justin-Besançon (L.) |
| - médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) . . . . | Derot (M.) |
| - neuro-chirurgie (Pitié) . | David (M.) |
| - neurolog. (Salpêtrière) | Garcin (R.) |
| - obstétricales : *Baudelocque :* | Lacomme (M.) ; *- Foch* (Suresnes) : Merger (R.). |
| - obstétricale et gynécol. (Port-Royal) . . . . | Varangot (J.) |
| - ophtalmol. (Hôtel-Dieu) | Renard (G.) |
| » (Cochin) . . | Offret (G.) |
| - oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . . . | Aubry (M.) |

| *Cliniques :* | MM. |
|---|---|
| — pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) | N... |
| — pneumo-phtisiologie (Laennec) . . . . | Bernard (E.) |
| — neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . . | Michaux (L.) |
| — rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . . | Coste (F.) |
| — stomato. (Salpêtrière) . | Dechaume (M.) |
| — thérapeutique chirurg. (Vaugirard) . . . . | Roux (M.) |
| — thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . . . | Lemaire (A.) |
| — toxicologique . . . . | Gaultier (M.) |
| — urologique (Cochin) . | Aboulker (P.) |
| — chirurg. orthopédique et traumatologique . . | Padovani (P.) |
| Séméiologie médicale . . | Domart (A.) |
| Séméiologie et clinique chirurgicales . . . . | Poilleux (F.) |
| Séméiologie traumatique et orthopédique . . . . | Judet (R.) |
| Clinique urolog. (Necker) | Couvelaire (R.) |
| Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau) | N... |

*b*) Professeurs a titre personnel :

| | |
|---|---|
| Hydrologie et climatologie | Giberton (A.) |
| Maladies infectieuses . . | Bastin (R.) |
| Oto-Rhino-Laryngologie . | Maduro (R.) |
| Pneumo-Phtisiologie . . | Kreis (B.) |

Médecine : Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Lambling (A.) ; Lhermitte (F.) ; Pequignot (H.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).
Rhumatologie . . . . . Delbarre (F.)

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

*Anatomie :* MM. Cabrol (C.) ; Couinaud (C.) ; Gillot (C.) ; Hureau (J.).

*Anatomie pathologique :* Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.) ; Chomette (G.) ; Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

*Anesthésiologie :* Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.) ; Vourc'h (G.).

*Bactériologie :* MM. Barbier (P.) ; *pr. s. ch.* ; Christol (D.) ; Daguet (G.) ; Le Minor (L.) ; Tournier (P.).

*Biochimie médicale :* MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.) ; Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.) ; Dreyfus (J.-Cl.) ; Gonnard (P.) ; Jérome (H.) ; Kruh (J.) ; Legrand (J.-Cl.) ; Nordmann (J.).

*Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports :* M. Plas (F.).

*Biologie médicale :* MM. Benhamou (J.-P.) ; Boivin (P.) ; Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

*Carcinologie :* MM. Boiron (M.) ; Denoix (P.) ; Mathé (G.) ; Seligmann (M.).

*Cardiologie :* M. Hatt (P.-Y.).

*Dermato-Syphiligraphie :* MM. Civatte (J.) ; Duperrat (B.) ; Hewitt (J.) ; Touraine (R.).

*Electro-Radiologie :* MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

*Embryologie :* M. Roux (Ch.).

*Hématologie :* MM. Bessis (M.) ; Bilski-Pasquier (G.) ; Dausset (J.) ; Duhamel (G.).

*Histologie :* MM. Coujard (R.), *p. s. ch.* ; Da Lage ; Marois (M.) ; Racadot (J.) ; Schramm (B.).

*Hydrologie :* MM. Besançon (F.) ; Cornet (A.).

*Hygiène :* MM. Blancher (G.) ; Corre-Hurst (Mme L.) ; Roussel (A.) ; Sapin-Jaloustre (H.)

*Maladies infectieuses :* MM. Dupont (V.) ; Lissac (J.) ; Rapin (M.).

*Maladies métaboliques :* MM. Antoine (B.) ; Crosnier (J.) ; Richet (G.) ; Sebaoun (J.).

*Médecine légale :* MM. Bourguignon (A.) ; Fournier (E.) ; Gueniot (M.) ; Hadengue (A.)

*Médecine du Travail :* M. Albahary (C.).

*Neuro-chirurgie :* M. Pertuiset (B.).

*Neuro-Psychiatrie :* MM. Cambier (J.) ; Cathala (H.) ; Escourolle (R.) ; Gautier (J.-Cl.) ; Lapresle (J.) ; Lereboullet (J.) ; Pichot (P.) ; Tardieu (G.)

*Obstétrique :* MM. Granjon (A.) ; Hervet (E.) ; Le Lorier (G.) ; Lévy (J.) ; Lewin (D.) ; Musset (R.) ; Robey (M.) ; Seneze (J.) ; Sureau (C.) ; Tchobroutsky (Mme C.) ; Thoyer-Rozat (J.).

*Ophtalmologie :* Mmes Auvert (B.) ; Fontaine (M.) ; MM. Brégeat (P.) ; Dubois (A.) ; Saraux (H.).

*Orthopédie :* MM. Duparc (J.) ; Maurer (P.) ; Meary (R.) ; Postel (M.) ; Ramadier (J.)

*Oto-Rhino-Laryngologie :* MM. Debain (J.) ; Pialoux (P.) ; Sergent (H.).

*Parasitologie :* MM. Golvan (Y.); Ho Thi Sang (Mlle); Lapierre (J.)
*Pathologie chirurgicale :* MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Blondeau (Ph.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dautry (P.); Demirleau; Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Galey (J.-J.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Maillard (J.-N.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Prémont (M.); Robert (H.); Thomeret (G.); Vaysse (J.).
*Pathologie exotique :* M. Schneider (J.)
*Pathologie expérimentale :* MM. Berthaud (P.); Cottenot (Fr.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Paupe (J.-R.)
*Pathologie médicale :* MM. Acar (J.); Auquier (L.); Aussannaire (M.); Beaumont (J.-L.); Bernier (J.-J.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Canivet (J.); Carlotti (J.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Cloarec (M.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Debray (J.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Funck-Brentano (J.-L.); Grivaux (M.); Hazard (J.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Lagrue (G.); Lesobre (R.); Leveque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nenna (A.); Nick (J.); Poulet (J.); Royer (P.); Tcherdakoff (Ph.); Thibault (Ph.); Tourneur (R.); Villiaumey (J.); Wolfromm (R.).

*Pédiatrie-Puériculture :* MM. Alagille (D.); Allison (J.); Canlorbe (P.); Gorin (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Lestradet (H.); Mallet (R.); Mande (R.); Minkowsky (A.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rey (J.); Ribierre (M.); Rossier (A.); Vialatte (J.);
*Pharmacologie :* MM. Boissier (J.); Lechat (P.)
*Physiologie :* MM. Barres (G.); Durand (J.); Girard (Fr.), *m. conf.* ; Hugelin (A.); Laurent (D.); Scherrer (J.), *pr. s. ch.* ; Vasseur (B.)
*Physique médicale :* MM. Chanteur (J.); Coursaget (J.); Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pagès (J.-Cl.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-C.), *pr. s. ch.* ; Tubiana (M.), *m. conf.*
*Pneumo-phtisiologie :* MM. Decroix (G.); Israel (L.); Meyer (A.); Renault (P.); Sors (Ch.)
*Psychiatrie infantile :* MM. Deniker (P.); Duché (D.); Flavigny (H.).
*Radiologie médicale :* MM. Dubost (J.); Lefebvre (J.); Michel (J.-R.).
*Rhumatologie :* M. Massias (P.).
*Stomatologie :* MM. Cauhepe (J.); Cernea (P.) Chaput (Mme A.), *m. c. agr.* ; Crepy (Cl.) Fleury (R.); Grellet (M.).
*Thérapeutique :* MM. Chassagne (P.); Fouet (P.); Labet (R.); Marche (J.).
*Urologie :* MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

## III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

*Anatomie :* M. Debeyre (J.).
*Clinique chirurgicale :* M. Verne (J.-M.).
*Clin. médic. :* MM. Rambert (P.); Thieffry (S.).
*Clinique obstétricale :* MM. Grasset (J.); Mayer (M.); Morin (P.).
*Clinique ophtalmologique :* M. Desvignes (P.).
*Clinique pédiatrique et puéri. :* M. Laplane (R.).
*Clinique psychiatrique :* M. Baruk (H.).
*Clinique urologique :* M. Kuss (R.).

## IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

*Bactériologie :* M. Hauduroy (P.), *pr. s. ch.*
*Pathologie chirurgicale :* M. Rudler (J.), *pr. s. ch.*

## V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.)
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).
Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.); Docteur Schiller (J.).

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA MÈRE

A MON MARI

A MON FILS

A MA FILLE

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie Française
Directeur à l'Institut de Psychologie
Commandeur de la Légion d'Honneur (Santé Publique)

*Qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse.*

A Monsieur le Docteur CARON

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a souvent guidée de ses précieux conseils.*

*En témoignage de notre gratitude.*

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

# INTRODUCTION

Depuis 1960, l'Hôpital de Fleury-les-Aubrais est entré dans la voie de la sectorisation. Nous nous proposons d'étudier les résultats obtenus après trois années, en choisissant un aspect particulier de cette organisation : les post-cures.

Cette étude sera constituée en fait d'un bilan des post-cures effectuées dans un service pendant l'année 1963.

Avant de donner des chiffres, nous allons rappeler d'une part ce qu'est « la sectorisation » ou « le secteur » et comment ce mode d'organisation a commencé à s'implanter à l'Hôpital de Fleury-les-Aubrais, et d'autre part ce que représente la post-cure en psychiatrie.

# DEFINITION DU SECTEUR ET DE LA POST-CURE

## I. — LE SECTEUR

La politique du secteur, on le sait, a été officiellement engagée et décrite dans la circulaire ministérielle du 16 mars 1960. Elle propose à l'organisation psychiatrique un développement, une organisation adaptés l'un et l'autre à de nouveaux besoins.

Pourquoi l'hôpital est-il devenu un organisme insuffisant ? Pour le bien comprendre, il faut avoir présente à l'esprit l'originalité de la maladie mentale. Longtemps considérée dans une vue pasteurienne de la maladie, comme un tout : avec sa période d'incubation, d'invasion, sa période d'état, puis sa guérison avec ou sans ses rechutes, cette vue impliquait une hospitalisation normale, du début jusqu'à la fin de la maladie.

Petit à petit, la psychiatrie découvrit l'originalité du malade mental, en réalisant que sa maladie l'impliquait dans la totalité de son histoire : son enfance, sa vie familiale et sociale, le monde ambiant.

En prenant sa véritable position, la maladie mentale sortait de son seul cadre hospitalier pour devenir en plus extra-hospitalière. L'hôpital devient alors un lieu de passage et le rôle du psychiatre est de resocialiser ce malade « aliéné », c'est-à-dire ayant perdu ses capacités d'adaptation sociale.

## II. — LA POST-CURE

Pour bien situer la post-cure, examinons le processus de sortie d'un malade à la fin de son séjour à l'hôpital. Lorsque le malade guéri ou stabilisé sort, on lui accorde un congé d'essai. Cette méthode utilisée depuis fort longtemps, l'était d'abord dans un but thérapeutique. La période de congé d'essai dure de quelques jours à trois mois. Il est classique, après ce laps de temps, de prononcer la sortie définitive.

La post-cure commence à jouer son rôle dès la sortie d'essai. En effet, pour être réussie, la sortie doit être suivie. C'est là toute l'importance de la post-cure qu'assurent les dispensaires d'hygiène mentale et qui représente une des formes de la psychiatrie extra-hospitalière.

Rappelons brièvement les autres formes de la psychiatrie extra-hospitalière.

### 1) Les consultations externes :

Ce sont les consultations d'hygiène mentale et de psychiatrie. Ces consultations tendent à se spécialiser : consultation pour épileptiques, pour alcooliques... De telles consultations spécialisées n'existent pas encore dans le Loiret. Même pour les enfants, il n'existe pas de consultations indépendantes. Il vient d'être mis en exécution, comme suite au décret de mai 1964, une consultation d'orientation éducative dépendant de la Sauvegarde de l'Enfance.

### 2) L'hôpital de jour :

Ce sont des hôpitaux sans lits. On y pratique tous les traitements, mise à part la cure de sommeil. Les malades y séjournent toute la journée et retournent le soir même chez eux. Certains ne viennent que quelques heures par jour ou par semaine. Le Loiret s'enorgueillit d'avoir ouvert l'un des premiers hôpitaux de jour dépendant d'un hôpital psychiatrique. Le premier, en effet, dépendait d'un organisme privé.

### 3) Les organismes de post-cures :

Nous ne ferons que citer les homes et les foyers de post-cure, les ateliers protégés spécialisés pour les grands infirmes mentaux. Ce sont des institutions où l'on fait travailler ces sujets à des travaux assez stéréotypés, sans tenir compte des cadences souvent excessives de l'industrie moderne. Ils sont normalement rémunérés. Un tel centre existe actuellement à Lyon.

### 4) Les organismes d'assistance pour invalides mentaux :

Sont appelés invalides mentaux les malades stabilisés dont la faculté d'adaptation sociale est bien trop réduite pour leur permettre de vivre à l'extérieur. Il existe pour eux des collectivités réduites

orientées vers une activité particulière, ou bien des colonies familiales comme à Aunay-le-Château ou Dun-sur-Avron, ou encore des « hospices spécialisés » recevant des déments séniles.

Une réalisation portant sur cette dernière catégorie doit être entreprise très prochainement dans notre département, dans l'hôpital psychiatrique même.

## NECESSITES DE LA POST-CURE ET DU SECTEUR

### I. — DE LA POST-CURE

Comment se trouve le malade mental à sa sortie de l'hôpital ? L'ancien malade sort guéri ou tout au moins stabilisé, mais il sort aussi handicapé.

Malade handicapé ? Il l'est physiquement après l'avoir été psychiquement. Les médicaments l'ont fatigué, il a perdu un rythme de travail, c'est un convalescent qui ne peut d'emblée reprendre ses activités. A cela s'ajoutent mille difficultés qui l'attendent :

— un milieu familial souvent peu accueillant, sinon hostile, et dont la méfiance, si infime soit-elle, fait qu'il n'est pas reçu comme l'est, il faut bien le dire, un malade de médecine ou de chirurgie ;

— des employeurs qui refusent de le reprendre, d'où la difficulté pour retrouver un travail et s'adapter à une nouvelle place ;

— des difficultés d'argent qui entraînent un arrêt de la prise des médicaments parce qu'on n'a pas pu les acheter.

La post-cure intervient pour remédier à tous ces inconvénients. La post-cure aide cet être fragile qu'est le malade sorti dans ses efforts de réadaptation familiale et sociale.

### II. — DU SECTEUR

Nous venons de montrer la nécessité de la post-cure pour le malade mental. L'organisation même de la post-cure est à la base de la doctrine du secteur. Cette doctrine du secteur a pris maintenant en France un caractère officiel. Maints ouvrages ont été écrits à ce sujet, bien que, comme le note AJURIAGUERRA dans *L'Information Psychiatrique* de novembre 1963, « il soit très remarquable que, par rapport à l'importance de fait que prend ici et maintenant le

problème du secteur, les travaux sur ce dont il s'agit soient d'une si faible importance. Cette faiblesse est certainement très significative d'une grave immaturation du problème ».

Certains ouvrages d'ailleurs ne sont pas favorables au travail de secteur. Ils donnent comme raison que c'est du temps passé à l'extérieur et pris sur celui dû aux malades hospitalisés. « C'est d'abord le travail à l'hôpital qui paraît menacé. » (H. DUCHÊNE et BAILLY-SALIN.) La polémique est soutenue, d'autre part, par les apôtres de la sectorisation, par ceux qui sont pour « le secteur avant toute chose » (BIEDER).

Mais si nous en parlons ici, ce sera seulement pour préciser ce qu'est le secteur. Le terme « secteur » englobe deux sens qui, à eux deux, le définissent : c'est tout d'abord l'aire de recrutement de chaque service de l'hôpital psychiatrique : seront admis donc dans le service seuls les malades issus de cette aire.

C'est ensuite l'image d'un travail communautaire que réalise l'équipe médecin - secrétaire - assistantes sociales : travail qui a son organisation définie.

La psychiatrie de secteur est en effet avant tout un mode d'organisation conçu en fonction d'une part des besoins et surtout des moyens. Cette prise de consicence est apparue simultanément en province et dans la région parisienne, en milieu rural et en milieu urbain.

La notion de continuité des soins a été la base de l'institution de la psychiatrie de secteur dans les différents pays. Grâce à ces dispositions, la relation du médecin et du malade n'est pas interrompue à la sortie du malade.

## COMMENT SE TRADUIT LA SECTORISATION A L'HOPITAL DE FLEURY-LES-AUBRAIS

Cet établissement, en application de la loi de juin 1938, a été créé pour recevoir essentiellement des malades du département du Loiret. L'hôpital est divisé en quatre services : deux services femmes et deux services hommes. Les deux services hommes ont chacun un secteur bien déterminé. Il en est de même pour les services femmes.

L'étude que nous allons faire porte sur un service de femmes, dont le secteur porte sur trois arrondissements du Loiret :

— Montargis ;
— Gien ;
— Pithiviers.

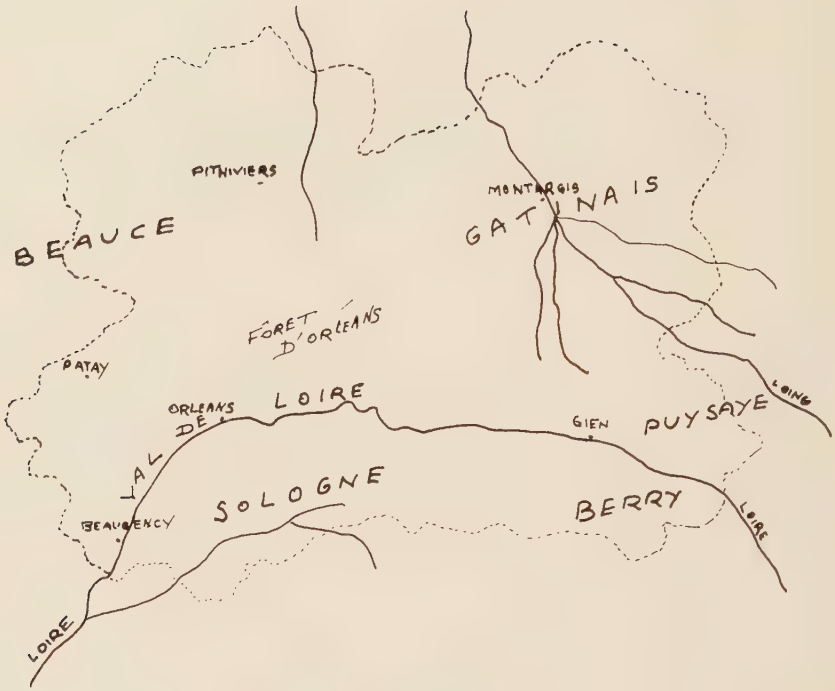
Le département a été découpé en fonctions de plusieurs critères : critères démographiques, économiques, et critères médicaux. Une courte étude démographique, géographique et économique du département n'est pas inutile pour bien situer les malades que nous allons étudier.

Le Loiret est divisé en neuf régions naturelles :

— *La Beauce,* au Nord-Ouest du département, est la partie la moins irriguée du département, mais possède néanmoins une riche plaine. Elle produit des céréales et compte de nombreuses fermes. La ville qui nous intéresse : Pithiviers, groupe 46.581 habitants pour 5 cantons et 78 communes. C'est la plus petite ville des trois agglomérations.

— *Le Gâtinais,* qui entoure Montargis, est orienté vers la polyculture et l'élevage avec une densité importante de 54 habitants au $km^2$.

— *Le Giennois,* centré sur Gien, est divisé en deux régions : le Berry et le Puisaye, par la Loire. Gien, quatrième pôle du département, est célèbre par sa faïencerie dont les conditions de travail nous amènent malheureusement beaucoup de malades.




— *L'Orléanais,* presque entièrement couvert par la forêt où l'on cultive essentiellement le blé, l'avoine et les fourrages.

— *Le Val de Loire :* productions agricoles variées.

— *La Sologne :* pays de bois, de landes, pays d'élevage.

Comme on le voit, le Loiret est un département essentiellement rural tout en possédant une activité industrielle et commerciale diversifiée.

Montargis, au centre de notre secteur, se présente comme le second pôle du département. C'est une ville industrielle qui possède d'importantes usines de caoutchouc. Les conditions de travail y sont particulièrement pénibles et créent un terrain propice aux maladies mentales.

Aussi c'est l'arrondissement de Montargis avec les 17.117 habitants de cette ville, 33.000 avec ses communes, qui nous fournit le plus de malades.

Signalons pour clore ce tableau du département, qu'Orléans, avec ses faubourgs, constitue le noyau le plus important du secteur du deuxième service de femmes, qui couvre également la partie du Val de Loire, située à l'Ouest d'Orléans.

Nous allons voir dans nos tableaux un quatrième centre de post-cure : l'Hôpital de Fleury lui-même. C'est un reliquat de l'ancien système. Avant la sectorisation, les post-cures se faisaient principalement à l'hôpital psychiatrique et au dispensaire d'Orléans. Comme il s'avérait impossible de voir tous les malades et en plus les familles aux dispensaires de Gien, Montargis et Pithiviers, il a fallu garder une consultation par semaine à l'établissement.

Nous avons dit que les besoins, l'étude démographique, économique du département avaient conduit à un découpage fonctionnel en secteurs. Il va sans dire que les moyens de communications ont joué un rôle dans ce découpage.

En réalité, les communications publiques à l'intérieur du département sont longues et difficiles. Il existe trois réseaux routiers convergents autour des trois grands centres. Quant à Gien, un peu plus isolé, il n'est facilement relié qu'à Orléans et Montargis.

* *

Notre service reçoit donc des malades des secteurs de : Gien, Montargis, Pithiviers, dont nous venons de dessiner les contours, de décrire rapidement les caractéristiques géographiques ainsi que les orientations agricoles et industrielles. Nous allons également montrer l'équipe médico-sociale se déplaçant d'un secteur à l'autre et assurant les post-cures à l'intérieur de chaque dispensaire qui fonctionnent actuellement dans les locaux des hôpitaux généraux de Montargis, Pithiviers et Gien.

## ORGANISATION DES POST-CURES DANS NOTRE SECTEUR

Après avoir vu le caractère vital de la post-cure pour le malade mental, nous nous proposons de décrire les conditions dans lesquelles elle se déroule.

Quels sont les moyens mis en œuvre pour son application :

1) en locaux : les dispensaires ;
2) en temps et horaires ;
3) en hommes : l'équipe médico-sociale à l'hôpital et au dispensaire ;

et quelles sont les méthodes de travail de cette équipe médico-sociale.

* *

Les consultations de post-cure se déroulent au dispensaire. Qu'est-ce que le dispensaire ?

Le dispensaire est la clef de voûte de l'assistance extra-hospitalière. Sa création a permis d'institutionnaliser la relation soignant-soigné. L'accroissement énorme du nombre des centres de consultation, des consultations et surtout des consultants a prouvé la nécessité de continuer à suivre les malades hospitalisés dans un service psychiatrique et la possibilité de traiter sans hospitalisation des cas très divers.

La circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, prévoit au chef-lieu du département un centre d'hygiène mentale et dans toutes les villes de plus de 20.000 habitants un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent.

Conçus pour mettre le psychiatre et son équipe à la disposition du malade, les centres doivent être répartis en fonction de la géographie et de la démographie du secteur à desservir, en tenant compte bien sûr des moyens de communications.

Pour le département qui nous intéresse, la préfecture du Loiret possède à Orléans un dispensaire polyvalent où les consultations d'hygiène mentale ainsi que les post-cures ont lieu les deuxième et quatrième mardis de chaque mois.

Cet arrondissement, nous le savons, n'intéresse pas notre secteur. Les deux sous-préfectures : Pithiviers et Montargis, possèdent chacune un dispensaire à l'intérieur même de l'hôpital général.

A Pithiviers, les consultations ont lieu le quatrième jeudi de chaque mois.

A Montargis : le premier et le troisième jeudi de chaque mois.

Devant l'accroissement constant des consultations et l'augmentation des sorties, de nouveaux centres de consultation durent être implantés. Ce fut le cas pour Gien. Dès 1961, on a ajouté aux consultations déjà existantes des consultations d'hygiène mentale et de post-cure.

La consultation a lieu le deuxième jeudi de chaque mois.

D'autre part, nous avons vu plus haut que le samedi matin avait lieu un certain nombre de post-cures à l'établissement même de Fleury.

## I. — CONDITIONS DE TRAVAIL : LES LOCAUX

Pour les consultations d'hygiène mentale, le dispensaire devrait comporter ce qu'on appelle « la cellule de base », c'est-à-dire deux salles d'attente et deux salles de réception ou de consultation, l'une permettant à l'assistante sociale de s'entretenir avec les familles quand cela est nécessaire, pendant que le psychiatre s'entretient avec le malade.

Malheureusement, on est parfois loin de ces réalisations indispensables et si le dispensaire pâtit d'un préjugé défavorable dans beaucoup d'esprits, le manque de confort, la vétusté du mobilier et de l'architecture y jouent un grand rôle.

Ainsi, à Montargis, la salle d'attente se résume en un grand couloir mansardé, éclairé par quelques lucarnes.

Cette fâcheuse situation doit cependant prendre fin avec la construction prévue d'un bâtiment autonome devant réunir, dans des locaux séparés, les diverses sortes de dispensaires de la ville.

Pour les autres dispensaires, les locaux font partie de l'hôpital général, ils ne sont donc pas propres aux consultations d'hygiène mentale. Citons par exemple le cas de Gien où les locaux très modernes reçoivent, les matins de la consultation d'hygiène mentale, les consultants en phtisiologie.

## II. — CONDITIONS DE TEMPS

Le psychiatre n'a pas que les post-cures des malades déjà hospitalisés à voir à sa consultation de dispensaire. D'ailleurs, à l'origine, les consultations d'hygiène mentale, qui n'avaient lieu qu'au dispensaire, prenaient essentiellement en charge des sujets non hospitalisés et c'était bien souvent la première étape avant l'hospitalisation. Le dispensaire était le centre de dépistage des malades mentaux.

On essaie de répartir dans le temps de chaque consultation le programme des rendez-vous fixés à une heure précise afin d'éviter de longues attentes. On essaie aussi de tenir compte des heures libres des malades selon leur horaire d'arrêt de travail. Mais le nombre des malades convoqués ne permet pas toujours de respecter les horaires. L'entretien psychiatrique nécessite un minimum de temps pour connaître le malade ou juger une amélioration, ou bien une amorce de rechute.

Il est parfois impossible, lorsque 20 à 25 post-cures sont inscrites, d'en déplacer une seule. Il y a un schéma, pour ainsi dire, des dates de consultation. Il y a des malades à voir régulièrement chaque mois, et même plus souvent dès leur sortie. Un déplacement de rendez-vous peut être catastrophique.

## III. — EFFECTIFS

L'équipe médico-sociale qui assure la post-cure se compose au dispensaire :

— d'un psychiatre, toujours le même, pour les différents dispensaires de son secteur ;

— l'assistante sociale d'hygiène mentale, une seule par dispensaire ;

— une secrétaire.

A l'hôpital, nous retrouvons bien sûr le même psychiatre, médecin-chef du service. Un assistant social attaché au service et s'occupant des problèmes des malades actuellement hospitalisées et des malades du secteur sorties. Une secrétaire médicale.

Essayons de délimiter la spécialisation à l'intérieur de l'équipe de chacun des membres. Ainsi, les assistantes sociales, les trouvons-nous à différentes étapes :

— Celle du dispensaire, on l'a vu, est spécialisée en hygiène mentale et s'occupe des malades mentaux déjà hospitalisés. D'autre part, étant attachée au dispensaire, elle a en charge les malades venant seulement en consultation. Ce sont des malades envoyés sur le conseil de leur médecin traitant, ou bien à la suite d'une enquête sociale.

— L'assistante sociale de secteur s'occupe d'un canton. Son rôle est de rester en relation avec les malades mentaux ou les familles des malades, de veiller à la stabilité du malade, de signaler une rechute et de se mettre en contact avec une malade qui aurait par exemple négligé de venir à un rendez-vous de post-cure.

L'initiative des post-cures revient bien sûr au médecin qui, au rythme des sorties, fixe les rendez-vous. Les dates, on l'a vu, dépendent de plusieurs facteurs : la fragilité du malade, la stabilité dans laquelle il sort, ses conditions de vie à l'extérieur et son entourage.

— L'assistant social du service tient note des dates et heures des rendez-vous. La veille ou l'avant-veille des post-cures, il se met en rapport avec l'assistante sociale du dispensaire, lui communique le nombre et les noms des malades. Puis, il groupe les dossiers médicaux des malades à voir, dossiers que le médecin emporte avec lui et rapporte le soir même.

— Le dossier médical attaché à l'hôpital comporte :

*a*) une feuille reproduisant les certificats ;

*b*) une feuille mentionnant les traitements ;

*c*) des feuilles réunissant les observations.

Il possède en plus des pages spéciales pour les observations prises au cours de la post-cure au dispensaire par le médecin lui-même et que la secrétaire retranscrit sur un autre dossier qui sera intercalé dans un second dossier conservé au dispensaire.

Nous avons aperçu ce qui se passe lorsqu'une malade n'est pas au rendez-vous. Le médecin demande soit de se mettre en rapport direct avec elle, soit une enquête sociale lorsque ce n'est pas la première fois. L'assistant social du service adresse un nouveau rendez-vous à la malade et demande les raisons de son absence, ou bien se met en rapport avec l'assistante du canton afin qu'elle aille se rendre compte sur place de l'état de la malade et qu'elle la décide à se présenter au dispensaire.

Donc, entre les deux pôles que forment le dispensaire et l'hôpital, on retrouve la même équipe médico-sociale. On voit tout de suite l'énorme avantage de cette formule. Le malade est à l'aise, il connaît déjà son médecin. Lorsque la décision est prise, ou le conseil est donné d'une nouvelle hospitalisation, le malade l'accepte plus volontiers sachant où il va, avec qui il va. D'autre part, cette formule de

travail, jointe aux progrès des thérapeutiques, permet à des malades autrefois condamnés à des longues hospitalisations de reprendre pour la majeure partie de leur temps la vie familiale, sous réserves de courtes hospitalisations réalisées lorsqu'elles se révèlent nécessaires, tronçonnant ainsi une évolution jusqu'alors considérée comme chronique et irréversible.

Des post-cures fréquentes finissent même par éviter le séjour à l'hôpital, telle la malade suivante :

Madame D..., née en 1909, mariée à un cheminot. Cinq enfants. Entrée pour la première fois en 1958 pour un délire de persécution qui évoluait déjà depuis plusieurs années et qui avait entraîné plusieurs tentatives de suicides. Hallucinations auditives actives : elle entend dire notamment qu'elle est internée à vie.

— La première hospitalisation, du 2 février au 29 mars 1958, dure deux mois.

— La deuxième hospitalisation, du 20 juillet au 18 octobre 1958, dure trois mois.

— La troisième hospitalisation, du 4 décembre 1959 au 4 juin 1961, dure six mois.

— La quatrième, du 26 mai 1962 au 30 octobre 1962, dure cinq mois.

La malade garde toujours ses mêmes idées délirantes. Très hallucinée, elle entend parler autour d'elle « d'un procès à venir et qu'on va l'arrêter, et si la police ne l'emmène pas, le médecin l'emmènera bien à l'hôpital ».

Toujours anxieuse, elle menace même parfois de se jeter à l'eau. Son mari refuse toute nouvelle hospitalisation. Il faut suivre de très près cette malade qui a de plus tendance à cesser toute prise de ses médicaments.

Le mari et même les enfants veillent à ce que Mme D... prenne bien ses médicaments. Depuis sa dernière sortie, elle est vue presque régulièrement deux fois par mois. Elle a d'autre part entre temps la visite de l'assistante sociale lorsqu'elle s'est montrée trop anxieuse à la dernière post-cure. Le foyer est toujours propre, elle s'occupe normalement de son intérieur et de sa famille. C'est une femme très attachée à ses enfants. Toutes ces raisons expliquent le refus du mari devant la nécessité d'une hospitalisation.

Ce cas illustre les difficultés de la post-cure. Mme D... est un peu un échec de l'action médicale par suite du refus de réhospitalisation, ce n'est pas tout à fait, comme nous le verrons illustré plus loin, un cas de réhospitalisation évitée. Cependant la vigilance de la post-cure a permis à cette malade des années de vie au foyer, avec un ménage bien tenu et sans heurt notable.

* *

Il nous est possible à présent de dresser le bilan de cette activité de post-cure de notre service pendant l'année 1963.

Une première partie présentera la population au sens statistique, c'est-à-dire l'ensemble des malades étudiées, selon trois critères :

— le nombre ;
— la profession ;
— l'âge.

La deuxième partie du bilan sera l'étude des résultats proprement psychiatriques de cette année de post-cure.

PREMIERE PARTIE DU BILAN

# ASPECTS SOCIOLOGIQUES

## I. — D'APRES LA POPULATION

*Pourcentage des malades suivies pendant l'année 1963 dans les dispensaires du secteur*

| *Dispensaires* | *Malades suivies* | *Pourcentage* |
|---|---|---|
| Montargis ..... | 54 | 43 % |
| Gien ..... | 29 | 23 % |
| Pithiviers ..... | 29 | 23 % |
| Fleury ..... | 15 | 11 % |
| *Total :* | 127 | |

Ces 127 malades ne représentent pas uniquement le nombre des malades vues par le médecin pendant l'année 1963 dans les différentes consultations. Il en a vues bien plus. Ont été exclus :

— les enfants, filles ou garçons, suivis uniquement en consultation d'hygiène mentale ;

— les femmes qui sont, sur le conseil de leur médecin traitant, venues en consultation d'hygiène mentale. A la suite de ces consultations, l'institution d'un traitement psychiatrique, suivi par le malade chez lui, suffit souvent à remédier à ses troubles, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à une hospitalisation. Pour d'autres, au contraire, le dispensaire aura joué le rôle de dépistage et, à la suite de son entretien avec le psychiatre, un internement sera décidé.

Les 127 malades considérées représentent donc uniquement les femmes ayant été hospitalisées dans notre service soit une fois, soit à plusieurs reprises, comme nous le verrons plus loin, et qui viennent véritablement en post-cure où le médecin qui les a soignées à l'hôpital modifie ou vérifie seulement leur traitement afin de prolonger la guérison.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que Montargis fournisse le plus grand nombre de malades. On l'a vu, c'est le second pôle actif du département après Orléans. Elle possède les importantes usines de caoutchouc de la région qui emploient à elles seules plus de 4.000 ouvriers. Les statistiques ont d'ailleurs prouvé de tous temps qu'elles fournissaient un apport important d'alcooliques venant pour désintoxication. Par exemple, une enquête auprès des services médico-sociaux de l'usine a révélé en 1960 que 90 ouvriers (hommes et femmes) avaient fait l'objet soit de dépistage, soit de traitements psychiatriques.

Parmi eux, se répartissaient alcooliques, petits mentaux et authentiques psychopathes.

Bien que d'inégale importance, Gien et Pithiviers représentent chacune le même pourcentage de 23 % malades. La célèbre faïencerie de Gien fournit à elle seule un nombre important de malades. Il y a une incontestable relation de cause à effet entre les conditions particulières de travail de ces grands centres industriels et la santé mentale des ouvriers :

— c'est la température excessive des ateliers de traitement du caoutchouc ;
— c'est l'atmosphère viciée par la poussière du talc ;
— le bruit assourdissant des machines ;
— le cycle infernal du rendement épuisant les femmes.

Fleury, pour notre secteur, a un petit pourcentage qui s'explique, on l'a vu plus haut, par son rôle de dépannage. L'établissement, en effet, dépanne certaines malades qui sont au bord de la rechute et pour lesquelles l'attente du prochain rendez-vous à leur dispensaire habituel risque d'entraîner la vraie rechute. Dès l'alarme, elles sont vues et leur traitement corrigé. Il en dépanne d'autres, car l'établissement de Fleury-les-Aubrais représente, soit à cause des moyens de communications, soit à cause de leur domicile, le lieu le plus proche, le plus commode pour eux.

On comprend dans ces conditions que parmi ces 11 % de malades vues à Fleury, un certain nombre sont également suivies dans l'un ou l'autre des trois autres dispensaires. Nos chiffres ne sont donc pas rigoureusement exacts.

## II. — LA PROFESSION

| | *Nombre* | *Pourcentage* |
|---|---|---|
| Sans profession | 67 | 53 % |
| Cultivatrice | 16 | 12 % |
| Employée de maison | 20 | 15 % |
| Faïencière | 1 | |
| Employées de bureau | 3 | 2 % |
| Ouvrières d'usines | 9 | 7 % |
| Vendeuse | 1 | |
| Couturière | 1 | |
| Commissionnaire en marchandises | 3 | |
| Monteuse | 1 | |
| Mécanicienne en confection | 1 | |
| Ouvrière agricole | 2 | |
| Correctrice d'imprimerie | 1 | |
| Conditionneuse en pharmacie | 1 | |

Ce tableau donne un aperçu socio-professionnel de nos malades.

Un première constatation se lit sur ce tableau : le pourcentage des femmes sans profession est de loin le plus important, il dépasse même à lui seul la moitié.

Ce pourcentage a un caractère tout à fait normal pour des malades qui se recrutent toutes parmi le sexe féminin.

Nous retrouvons parmi les sans profession, des femmes âgées, retraitées, seules à la maison, et c'est dans cette catégorie que l'on rencontre :

— les dépressions mélancoliques ;
— les dépressions d'involution ;
— les démences séniles ;
— les hypocondriaques.

Chaque catégorie professionnelle a son recrutement particulier de malades mentales sans qu'on puisse tirer toujours des conclusions de cause à effet.

Parmi les ouvrières agricoles et les cultivatrices, les troubles mentaux sont variés, mais on trouve :

— *en premier :* les délirantes ;
  *a*) délires hallucinatoires ;
  *b*) délires paranoïaques ;
— en second : les éthyliques.

Puis, ce sont les psychoses maniaco-dépressives.

Les conditions de travail, l'alcool à domicile, expliquent souvent cet éthylisme chez les cultivateurs. Quant aux troubles délirants, faut-il y voir une fragilité plus grande avec la mentalité fruste de la cultivatrice ? Isolée, seule dans sa ferme, elle développe un délire qui un jour, éclate lors d'un accident quelconque dans le village : arrivée d'un nouveau voisin, soucis d'argent, départ d'un fils.

Si, parmi les ouvrières d'usine, la diversité des diagnostics ne permet pas une classification, il est certain que c'est parmi elles que se recrute le plus grand pourcentage d'alcooliques. On a vu plus haut que les conditions de travail dans les grandes usines et les grandes entreprises, le travail à la tâche, ajouté aux conflits personnels pouvaient aider à comprendre l'installation d'un éthylisme chez une femme.

Quant aux employées de maison, aux employées de bureau, aux ouvrières spécialisées, population jeune de nos malades, nous les retrouvons dans notre analyse des diagnostics en majeure partie parmi les névroses, les psychonévroses et les déséquilibres psychiques.

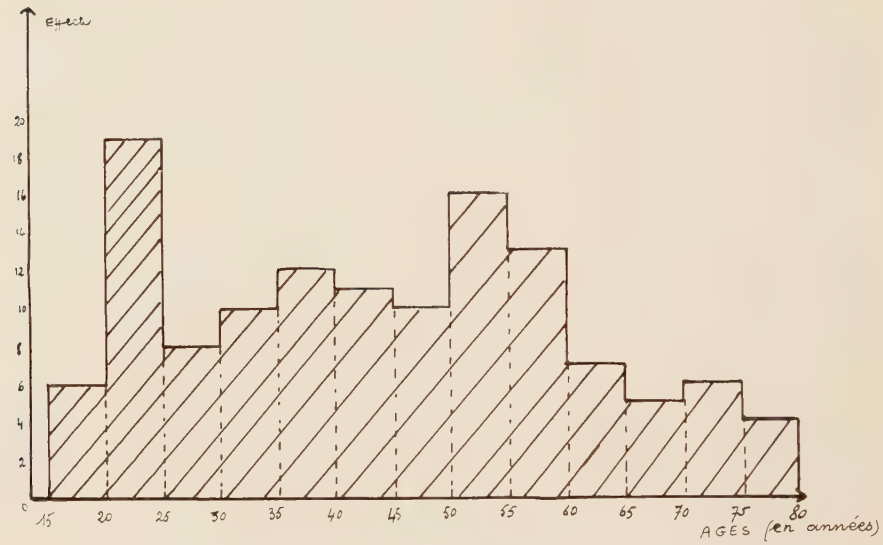
Nos schizophrènes appartiennent pour plus de la moitié à des familles aisées. Mais pour celles qui travaillent, on constate qu'elles appartiennent à cette même catégorie d'employées de maison et d'employées de bureau.

## III. — REPARTITION PAR AGES

| *Tranches d'âge* | *Effectif* | *Effectif cumulé* |
|---|---|---|
| 15 à 20 ans ..... | 6 | 6 |
| 21 - 25 ..... | 19 | 25 |
| 26 - 30 ..... | 8 | 33 |
| 31 - 35 ..... | 10 | 43 |
| 36 - 40 ..... | 12 | 55 |
| 41 - 45 ..... | 11 | 66 |
| 46 - 50 ..... | 10 | 76 |
| 51 - 55 ..... | 16 | 92 |
| 56 - 60 ..... | 13 | 105 |
| 66 - 70 ..... | 5 | 112 |
| 71 - 75 ..... | 6 | 123 |
| 76 - 80 ..... | 4 | 127 |
| *Total :* | 127 | |

On note sur le graphique que deux tranches d'âges sont particulièrement bien représentées, celle des 21 à 25 ans et celle des 51 à 55 ans.

L'âge moyen de cette population s'établit à 44 ans environ, mais ce chiffre n'exprime qu'une moyenne statistique qui signifie seulement que 50 % des personnes observées ont plus de 44 ans et 50 % ont moins de 44 ans.




Le graphique montre cependant que toutes les classes d'âge, grâce au nombre de cas, se trouvent représentées dans l'échantillon de population que nous avons étudié. Il en résulte pour celui-ci une certaine homogénéité. Nous pensons que celle-ci est due au grand nombre de cas étudiés et que, relativement aux âges tout au moins, cet échantillon est assez bien représentatif de la population qui comprendrait l'ensemble de tous les malades mentaux.

DEUXIEME PARTIE DU BILAN

# ASPECTS PSYCHIATRIQUES

## I. — LES TYPES DE PLACEMENT

| | |
|---|---|
| Offices | 9 |
| Volontaires | 105 |
| Libres | 3 |

Le placement des malades mentaux peut être fait selon trois modes différents que nous étudions successivement.

On appelle tout d'abord placement, l'entrée d'un malade à l'hôpital psychiatrique et les formalités qui l'accompagnent.

### 1) Le placement volontaire :

Ses formalités sont simples et précises. Il suffit d'une demande d'admission et d'un certificat médical

La demande d'admission peut être faite par un parent de la malade ou par toute personne portant intérêt au malade : c'est le demandataire. Elle est écrite et signée par celui qui la fait.

Le certificat médical peut être rédigé par tout médecin, à condition qu'il ne soit pas attaché à l'hôpital où est admis le malade, et qu'il ne soit pas parent du demandataire.

Le terme de « volontaire », on le voit, est équivoque. La volonté du malade est alors exprimée par un tiers : ce malade lui-même étant hors d'état de le faire. Ce mode de placement est le plus courant. Il n'offre au moment de la sortie aucune difficulté, puisque celle-ci est accordée sur la seule décision du médecin-chef de service.

### 2) Le placement d'office :

C'est essentiellement une mesure de défense sociale. C'est un acte d'autorité fait dans un but de sécurité. Il est la conséquence d'un arrêté préfectoral et le directeur de l'hôpital ne peut s'y opposer.

Malheureusement, l'intérêt public n'est pas toujours le motif principal et ce n'est pas toujours dans un but de sécurité qu'actuellement la majorité des placements d'office sont effectués. Le transport d'un malade pose en effet souvent des problèmes et l'hôpital qui l'admet n'est pas tenu de venir le chercher. C'est alors bien souvent un hôpital général qui pour faciliter le déplacement d'un malade qu'il veut faire entrer dans un hôpital psychiatrique fait procéder à un placement d'office. Dans ces conditions, l'autorité municipale ou préfectorale se charge du transport. Nos placements d'office viennent d'un même secteur, parce qu'assurément un hôpital général a pris fâcheusement l'habitude de faire procéder à des placements d'office d'une façon abusive. Il est à espérer que l'intervention d'une assistante sociale puisse rétablir un mode de placement plus justifié. Il est fréquent dans ces conditions que, quelques jours après l'arrivée d'une telle malade, le médecin demande le changement du placement d'office en placement volontaire, ce qui facilite les formalités de sortie. En effet, si le placement d'office est décidé par arrêté préfectoral, la sortie d'un malade ne peut également se faire que par un nouvel arrêté préfectoral.

Parmi nos placements d'office, 16 étaient des malades hospitalisées antérieurement dans un hôpital général et qui ont été transportées dans les conditions décrites plus haut. Leur comportement n'avait rien de dangereux pour elle-même ni pour les centres. Les trois autres furent l'objet de placements d'office réguliers dont deux : une éthylique et un délire de persécution, présentaient des troubles mentaux justifiant cet internement.

### 3) Placement libre :

C'est une hospitalisation pure et simple comme celle assurée dans les hôpitaux généraux. Cette formule fut inaugurée par E. Toulouse, en 1922, dans l'enceinte même de Sainte-Anne. Ce placement libre est destiné à permettre aux malades qui le demandent et dont l'état mental n'exige pas l'internement, de se faire soigner librement. Ce placement n'est donc pas soumis aux dispositions de la loi de 1838 comme les deux autres. Les malades sont admis sur le vu d'un simple billet d'hospitalisation rédigé par un médecin selon les règles de l'admission de tout hôpital.

Ce mode de placement tend actuellement à une extension progressive.

## II. — LES DIAGNOSTICS

| | *Nombre* | *Pourcentage* |
|---|---|---|
| Etats dépressifs psycho-névrotiques ... | 21 | 16,3 % |
| Psychoses périodiques ..... | 13 | 10 % |
| Délires paranoïaques ..... | 9 | 7 % |
| Accès dépressifs ..... | 16 | 12,6 % |
| Alcoolisme ..... | 8 | 6,3 % |
| Délires hallucinatoires ..... | 5 | 3,9 % |
| Délires chroniques ..... | 5 | 3,9 % |
| Epilepsies + troubles caractériels .... | 3 | |
| Débilité ..... | 3 | |
| Presbyophrénie ..... | 1 | |
| Dépression mélancolique ..... | 6 | 5 % |
| Etats d'excitation anxieuse ..... | 7 | 5,5 % |
| Troubles mentaux d'involution sénile .. | 4 | |
| Anorexie mentale ..... | 1 | |
| Bouffées délirantes ..... | 4 | |
| Troubles du caractère, déséquilibre psychique ..... | 4 | |
| Psychose puerpérale ..... | 1 | |
| Troubles mentaux atypiques ..... | 4 | |
| Dépressions hypocondriaques ..... | 4 | |
| Psychoses obsessionnelles ..... | 1 | |

Ce tableau établit la proportion de malades en fonction du diagnostic. Il appelle tout d'abord quelques réserves :

— La classification peut être discutable, dans un autre service par exemple, telle ou telle malade n'aurait pas été mise dans cette classe.

— Dans un souci d'exactitude, les classifications ont été multipliées : c'est le cas pour les dépressions où nous avons voulu distinguer les accès dépressifs réactionnels des accès dépressifs mélancoliques, des états dépressifs psycho-névrotiques, des dépressions hypocondriaques enfin.

C'est le cas pour les délires où nous avons voulu distinguer pour chacun les formes suivantes : délires de persécution, délires hallucinatoires, délires chroniques, bouffées délirantes enfin. D'autre part, il faut bien le dire, quelques diagnostics sont incertains : c'est le cas des malades vues une seule fois et dont le comportement au pavillon s'est révélé normal ou presque. Ce sont toutes ces petites psychopathes qui viennent grossir la classification peu précise des états dépressifs psycho-névrotiques : classification qui vient en tête de nos pourcentages avec 16,3 %.

Notre classification diversifiée diminue le nombre des cas par catégories et il est difficile d'établir des pourcentages sur des petits chiffres.

On peut tout de même noter que les symptômes qui réalisent les plus fortes proportions après les états dépressifs psycho-névrotiques sont les suivants :

— Les accès dépressifs, les psychoses périodiques, les délires paranoïaques, l'alcoolisme, puis les schizophrènes et les états d'excitation anxieuse.

Notre service reçoit moins d'alcooliques que l'autre service femmes de l'hôpital. Mais nous avons déjà un chiffre important et l'éthylisme tient la cinquième place dans notre classification : sur ces 8 éthyliques, 7 ont subi des cures de dégoût. L'état cardiaque de la huitième ne permettait pas un tel traitement.

Les cures de dégoût faites dans le service comprennent dix à vingt, et même parfois plus, séances de vomissements par apomorphine, pendant lesquelles le malade vomit du vin ou la boisson dont il est coutumier. A la suite de ce traitement, on pratique quelques épreuves au disulfurane. On connaît les réactions disulfurane-alcool : réactions vaso-motrices qui se développent en quelques minutes. C'est le « choc-rouge » plus ou moins intense, avec des phénomènes respiratoires, cardio-vasculaires et digestifs très pénibles pour le sujet. La plupart des malades partent en post-cure avec une faible dose d'Espéral (disulfurane). Le maintien de cette médication « d'interdiction » apporte une relative garantie contre la possibilité du retour aux habitudes éthyliques.

Le rôle de la post-cure est tout d'abord de voir si ce malade continue à prendre et à supporter son traitement, ensuite si sa personnalité d'alcoolique se modifie afin de pouvoir abandonner cette garantie. Un éthylique doit être suivi fréquemment au début et ce qui domine la post-cure, c'est la nécessité absolue du maintien de l'abstinence totale.

C'est à ce tableau des diagnostics que nous allons avoir recours fréquemment pour éclairer ceux qui vont suivre.

## III. — FREQUENCE DES CONSULTATIONS DE POST-CURE AU COURS DE L'ANNEE 1963

On constate tout de suite que la majorité des malades n'a qu'une seule consultation au cours de l'année 1963.

Pour mieux interpréter ce tableau, il faut :

1) tout d'abord, différencier les malades d'après leur année de sortie ;
2) ensuite, parmi les malades sorties en 1963, faire une différence selon la période de l'année pendant laquelle les malades sont sorties.

| *Nombre de consultations* | *Nombre de malades* | *Pourcentage* |
|---|---|---|
| 1 | 31 | 24,5 % |
| 2 | 14 | 10,9 % |
| 3 | 26 | 20,5 % |
| 4 | 20 | 15,9 % |
| 5 | 17 | 13,3 % |
| 6 | 5 | 3,9 % |
| 7 | 9 | 7 % |
| 8 | 2 | 1 % |
| 9 | 1 | |
| 10 | 0 | |
| 11 | 1 | |
| 12 | 0 | |
| 13 | 1 | |
| 14 | 0 | |
| 15 | 0 | |
| 16 | 0 | |
| 17 | 1 | |

Un première étude nous a donné :

— un nombre de 29 malades sorties au cours des années 1962 et antérieures ;
— un nombre de 98, soit trois fois plus, sorties au cours de l'année 1963.

1) Parmi les 29 malades sorties avant 1963, nous trouvons :

— la malade vue 17 fois au cours de l'année ;
— la malade vue 13 fois ;
— 2 malades vues 9 fois ;
— 5 malades vues 7 fois ;
— 4 malades vues 5 fois ;
— 5 malades vues 4 fois ;
— 2 malades vues 6 fois ;
— 3 malades vues 3 fois.

Les autres, c'est-à-dire 6 malades, sont réparties dans les deux premières classifications de ce tableau.

Une première constatation donc : *les malades qui ont été suivies le plus souvent sont les plus anciennes malades convoquées plus ou moins régulièrement selon la gravité de leur état mental.*

2) Examinons la période de sortie des malades ayant quitté le service en 1963

| *Mois de l'année* | *Nombre de malades sorties chaque mois* |
|---|---|
| Janvier | 6 |
| Février | 5 |
| Mars | 10 |
| Avril | 9 |
| Mai | 5 |
| Juin | *16* |
| Juillet | 9 |
| Août | 7 |
| Septembre | 12 |
| Octobre | 9 |
| Novembre | 7 |
| Décembre | 3 |

Il y a une nette progression des sorties vers le milieu de l'année : le maximum est atteint en juin.

Parmi les sorties effectuées au cours des deux premiers trimestres, on trouve la totalité des malades vues :

— 8 fois en consultation au cours de l'année 1963 ;
— 7 fois ;
— 6 fois ;
— 5 et 4 fois.

Nous avons vu que les fréquences de consultation supérieures à 8 appartenaient aux malades sorties avant l'année 1963.

De juin à septembre, se répartissent les malades venues 3 fois au dispensaire.

Le dernier trimestre ne groupe que les femmes convoquées et venues deux fois ou même une seule fois, la plupart parce qu'elles n'ont pas eu le temps sur lequel se répartissent les plus grandes fréquences de consultations.

Nous nous sommes aperçu, d'autre part, qu'il existe tout au long de l'année des malades venues une seule fois. L'éloignement, le changement de domicile, la négligence d'une malade qui se trouve suffisamment bien expliquent bien souvent qu'on les perde de vue. Par contre, l'implantation du secteur a permis de confier certaines malades

à leur médecin traitant qui reste en relation constante avec le psychiatre du service.

En conclusion, le nombre des consultations de post-cure est fonction de l'ancienneté de la sortie du malade, exception faite pour quelques malades vues une seule fois et pour lesquelles il n'y a aucune relation entre la date de sortie et la fréquence des consultations.

D'autre part, parmi les malades réunies par un même diagnostic, les sorties sont très étagées. Il n'est donc pas possible sur une année d'établir un rapport entre le nombre des consultations de post-cure en 1963 et le diagnostic.

Il semble cependant que, pour les malades les premières sorties, donc pour lesquelles existe un certain recul, les délirantes et les déprimées nécessitent de multiples rendez-vous, de multiples consultations.

## IV. — FREQUENCE DES HOSPITALISATIONS

*Répartition en pourcentage des malades, en fonction du nombre d'internements*

| *Nombre d'hospitalisations* | *Nombre de malades* | *Pourcentage* |
|---|---|---|
| 1 | 64 | 50,4 % |
| 2 | 29 | 22,9 % |
| 3 | 15 | 11,9 % |
| 4 | 7 | 5,6 % |
| 5 | 4 | 3,1 % |
| 6 | 1 | 0,8 % |
| 7 | 2 | 1,5 % |
| 8 | 2 | |
| 9 | 0 | |
| 10 | 1 | |
| 11 | 2 | |

Ce tableau ne fait intervenir que des chiffres, des pourcentages, n'interviennent ni les considérations nosographiques, ni l'étiologie des rechutes, notions souvent peu rigoureuses et malheureusement souvent fonction d'impressions ou d'opinions. Nous essaierons en étudiant de plus près ces chiffres, qui au premier abord éclairent peu, de donner un sens à nos résultats.

Une première constatation évidente se lit sur ce tableau : le pourcentage des malades réhospitalisées est égal au pourcentage des hospitalisées une seule fois. Ensuite, les chiffres vont en décroissant : les malades vues deux fois variant, quant au nombre, plus du

simple au double avec celles ayant été vues une fois. Le maximum des hospitalisations est de 11.

La cause de la rechute, nous l'avons dit, peut échapper. Il est toutefois normal de penser que la raison principale d'une rechute tient à la forme de l'affection mentale de l'hospitalisée.

Une étude tout d'abord :

1° de la durée des séjours successifs à l'hôpital ;

2° de la durée des congés accordés ;

donnera une idée de la maladie mentale face à l'hospitalisation et à la sortie.

**Etude des séjours à l'hôpital :**

1) Voyons tout d'abord les cas qui paraîtraient les moins intéressants, c'est-à-dire LES MALADES HOSPITALISÉES UNE SEULE FOIS.

Elles sont au nombre de 64 et, parmi elles :

*a*) 52 ont eu un séjour supérieur à un mois et inférieur à un an. La majorité de ces malades fut hospitalisée au cours de l'année 1963 et aucune n'est revenue à l'hôpital, soit parce qu'il n'y ait pas assez de recul pour affirmer la consolidation de la guérison, soit parce que c'étaient des malades présentant des troubles mentaux bénins, accidentels n'ayant laissé aucune trace et que la post-cure suffit à rétablir.

*b*) 10 sont restées moins d'un mois à l'hôpital ; parmi elles, on trouve :

| | |
|---|---|
| — Accès dépressifs | 4 |
| — Déséquilibre psychique | 1 |
| — Ethylisme | 1 |
| — Troubles mentaux atypiques | 1 |

La malade atteinte d'éthylisme était en réalité plus une arriérée affective, une débile faisant l'objet d'un éthylisme réactionnel sans gravité. Elle bénéficia cependant d'une courte cure à l'Espéral. A part ce cas, il y a une nette relation entre la bénignité des troubles et le court séjour à l'hôpital.

*c*) Etudions enfin les malades qui sont restées plus d'un an à l'hôpital. Elles sont au nombre de deux et ce sont deux délirantes :

L'une présentait un délire de persécution. Entrée dans le service fin 1962, elle y est restée treize mois. Connaissant malheureusement la fréquence des rechutes des troubles délirants, *a priori* seule la récente hospitalisation de cette malade explique cette unique hospitalisation.

L'autre malade, Madame M..., est entrée dans le service le 9 septembre 1949 à la suite des troubles mentaux qui se sont manifestés sous la forme de poussée

délirante d'aspect subaigu avec onirisme délirant nocturne et réactions phobiques ; elle entendait dire qu'on allait tuer son père, qu'on allait lui tirer dessus. Elle voyait des personnages qui la menaçaient, faisait à l'entrée l'exposé de ses expériences délirantes avec une conviction partiellement corrigée.

Jusqu'à sa sortie, la malade gardait les mêmes propos délirants. Elle travaillait au pavillon, employée successivement au ménage, à la lingerie, aux épluchages et n'obtenait qu'un court séjour à l'extérieur d'une semaine une fois par an.

Puis, sous traitement par halopéridol, elle a bénéficié d'une bonne rémission qui lui a permis d'être confiée, le 7 avril 1963, en congé d'essai à son mari. La malade a été revue en consultation de post-cure et le congé a été transformé en sortie définitive trois mois après.

Cette malade a donc fait un séjour unique de treize ans et demi et a été revue depuis en post-cure.

C'est le type même de malades chroniques qui, grâce aux nouvelles thérapeutiques d'une part, peuvent sortir après d'interminables hospitalisations. Ces sorties de malades sont facilitées par le fait que le médecin sait qu'il pourra suivre « sa » malade. Sans les avantages qu'offre l'organisation du secteur et l'existence des post-cures, certaines de ces malades chroniques ne seraient jamais sorties ou du moins leur sortie aurait été accordée après maintes hésitations, c'est-à-dire un temps d'hospitalisation inutile.

Dans un article intitulé « Du secteur », H. Vermorel écrit : « Il n'est pas question pour nous de ne pas reconnaître ce progrès que constitue l'extension de la Post-cure. Il ne fait aucun doute que la sortie de schizophrènes, de malades chroniques a été rendue possible avec un tel équipement. La présence à l'extérieur d'un certain nombre de malades jadis internés rend nécessaire la structuration d'un équipement extra-hospitalier. »

2) Parmi les MALADES VENUES PLUSIEURS FOIS, deux notions sont intéressantes à étudier :

a) L'étude de la durée de leurs différents séjours à l'hôpital.

Parmi les 63 malades ayant fait l'objet de plusieurs hospitalisations .

α) 13 présentent des séjours de *durée variable*. dont 3 eurent trop peu d'hospitalisation pour que ce soit significatif.

Parmi elles :

— 1 éthylique ;
— 1 bouffée délirante ;
— 1 dépression atypique.

Les 10 autres groupent 6 périodiques dont la durée des séjours ont dans le temps une allure caractéristique :

— 2 eurent des séjours croissant puis diminuant ;

— 4 eurent des séjours de plus en plus brefs.

$\beta$) Etudions maintenant une autre catégorie de malades, celles dont la *durée des séjours reste constante.* Parmi elles :

| | |
|---|---|
| - Périodiques | 2 |
| — Troubles psycho-névrotiques | 3 |
| - Alcooliques | 1 |
| — Epileptiques | 1 |
| — Mélancoliques | 1 |
| — Schizophrènes | 1 |
| | 9 |

$\gamma$) Parmi les malades ayant accompli des séjours de durées décroissantes, on trouve :

| | |
|---|---|
| — Dépressions | 5 |
| — Troubles psycho-névrotiques | 4 |
| — Schizophrènes | 3 |
| — Excitations confusionnelles | 3 |
| — Paranoïaques | 2 |
| — Epilepsie | 1 |
| — Psychoses obsessionnelles | 1 |
| — Délirantes | 1 |
| | 20 |

*b*) Parmi les malades ayant présenté des séjours croissants :

| | |
|---|---|
| — Périodiques | 4 |
| — Troubles psycho-névrotiques | 3 |
| — Paranoïaques | 3 |
| — Dépressions | 2 |
| — Schizophrène | 1 |
| — Délirante | 1 |
| — Ethylique | 1 |
| — Confusion anxieuse | 1 |
| — Troubles mentaux polymorphes | 1 |
| — Caractérielle | 1 |
| — Sénile | 1 |
| — Débile | 1 |
| | 20 |

En conclusion : sur 63 malades ayant effectué plusieurs hospitalisations :

— la moitié eurent des séjours décroissants ;

— un tiers des séjours croissants ;

— un sixième des séjours de durée constante.

Ces résultats sont rassurants. En quelques années, les hospitalisations des malades mentaux se sont considérablement modifiées : d'une part, en se faisant plus rares pour un même malade grâce aux

nouvelles thérapeutiques qui ont révolutionné les traitements psychiatriques. Nous en avons vu un cas typique. D'autre part, en se faisant plus courtes pour la majorité des hospitalisées : il est facile, grâce aux post-cures, grâce à la formule du travail en secteur, de tronçonner le séjour du malade à l'hôpital, de lui favoriser des allées et venues entre son domicile et le centre hospitalier, puisqu'aucun contact n'est interrompu. A la faveur même de ces allées et retours s'effectuent de véritables sorties définitives.

Sur ces différents tableaux, on remarque la place importante des maniaco-dépressives. Ce sont en effet des malades à rechutes fréquentes, d'où, tout d'abord, leur classification uniquement dans les hospitalisations nombreuses, comme l'indique leur appellation de « périodiques ». Ce sont également des malades dont les rechutes sont capricieuses, rien d'étonnant à ce qu'elles occupent toutes les rubriques des tableaux.

Les différents séjours des malades à affections aiguës : les périodiques, les bouffées délirantes, les mélancoliques, les dépressions névrotiques, sont en général de courte durée. Ces malades guérissent vite, mais pour certaines, à plus ou moins longue échéance, un nouvel épisode de l'affection mentale nécessite le retour à l'hôpital. Par contre, les malades à longs séjours sont essentiellement les chroniques que l'on garde à l'hôpital jusqu'à ce qu'elles aient fait la preuve de leur amélioration. Au moment où on les laisse sortir, elles sont souvent stabilisées depuis longtemps. D'autre part, il faut noter que ces malades à longs séjours ont une sortie plus encadrée, si l'on peut dire, que celles qui sortent et rentrent plus fréquemment et qui retrouvent à l'extérieur les mêmes conditions de vie, les mêmes difficultés.

Il semble en première analyse donc, qu'aucune relation se manifeste entre la durée d'hospitalisation et la fréquence des rechutes. Cette étude même, une fois approfondie, contredit l'hypothèse classique selon laquelle une hospitalisation prolongée rendait difficile la réinsertion sociale extérieure et que les sujets maintenus longtemps à l'hôpital psychiatrique devaient y revenir plus fréquemment que les autres, indépendamment de l'affection mentale initiale.

Notre étude ne vérifie pas cette hypothèse et nous pouvons même dire que, à part quelques exceptions, le nombre des hospitalisations est inversement proportionnel à la durée des séjours à l'hôpital.

Sivadon, Markich et Veil aboutissaient déjà à ces conclusions en 1955, et dans une étude faite en 1959 sur 263 malades de l'Hôpital Psychiatrique du Puy, MM. G. Bec, H. Bonnet et G. Rousseau notaient la plus grande fréquence des rechutes chez les malades à courts séjours et concluaient qu'une hospitalisation prolongée ne

rendait pas plus difficile la sortie et que « la relation entre la durée de l'hospitalisation et la fréquence des rechutes serait même plutôt favorable aux longues hospitalisations ».

## V. — ETUDE DES CONGES

Cette étude ne portera que sur les malades hospitalisées au moins 3 fois, afin d'avoir un minimum de deux congés à comparer.

Nous avons ainsi 34 malades :

| *Variétés de congé* | *Nombre de malades* |
|---|---|
| Congés de durées variables ..... | 9 |
| » » décroissantes ..... | 12 |
| » » en progression ..... | 9 |
| » » égales ..... | 4 |

*a*) Parmi les 9 malades ayant eu des congés de durée variable :
— 7 eurent également des séjours variables ;
— 2 eurent des séjours de durée égale.

Parmi elles :

— Dépression ..... 4
— Périodique ..... 1
— Ethylique ..... 1
— Névrose ..... 1

La majorité des malades ayant des congés de durée variable ont eu également des séjours à l'hôpital de durée variable.

*b*) Parmi les malades présentant des congés en progression :
— 3 ont eu des séjours allant diminuant de durée ;
— 2 ont eu des séjours variables ;
— 2 ont eu des séjours croissants ;
— 2 ont eu des séjours de durées égales.

Là encore, à des séjours diminuant, correspondent des congés croissants. C'est l'image même de la guérison ; parmi elles :

— Névroses ..... 2
— Périodiques ..... 3
— Délirante ..... 1
— Bouffée délirante ..... 1
— Dépression ..... 1
— Paranoïaque ..... 1

*c*) Parmi les malades présentant des congés de durées égales, il y a :

— 2 malades ayant eu des séjours égaux ;
— 1 malade ayant eu des séjours variables ;
— 1 malade ayant eu des séjours en baisse.

— Schizophrènes ..... 2
— Epileptique ..... 1
— Périodique ..... 1

Quant aux malades qui n'ont eu que deux hospitalisations et qui sont actuellement sorties, 5 ont déjà dépassé la durée de leur premier congé, soit un sixième.

*d*) Parmi les congés allant se raccourcissant, il y en a :
— 5 correspondant à des séjours variables ;
— 4 correspondant à des séjours croissants ;
— 2 correspondant à des séjours en baisse ;
— 1 correspondant à des séjours égaux.

Et parmi ces malades :

— Paranoïaques ..... 3
— Périodiques ..... 4
— Dépressions ..... 3
— Confuso-anxieuse ..... 1
— Caractérielle ..... 1

Pour quelques malades à rechutes, il semble qu'à des séjours d'hospitalisation de plus en plus longs et répétés, c'est le cas de nos périodiques, correspondent des congés allant s'amenuisant. Mis à part ces cas particuliers, nous n'avons trouvé aucune corrélation entre la durée du séjour à l'hôpital et le temps compris entre deux hospitalisations. Par contre, une liaison paraît exister entre la probabilité des rechutes et la durée des séjours à l'extérieur.

Nous avons établi un graphique en portant en ordonnée le nombre de malades et en abscisse le temps de congé à la date de réhospitalisation l'allure de la courbe ainsi obtenue montre l'augmentation de la proportion des rechutes dans le temps.

*Périodicité des Rechutes*

Il semble qu'il y ait trois périodes critiques :

— l'une à quatre mois : dès la sortie, les rechutes vont croissant pour atteindre un maximum à quatre mois ;

— lorsque le cap des quatre à cinq mois est passé, les risques de rechutes les plus grands se rencontrent vers le douzième mois ;

— enfin, les dernières pointes critiques se retrouvent vers deux ans et trois ans.

## VI. — MODES DE SORTIE

Quel est le devenir de ces 127 malades à la sortie de l'hôpital ?

| | |
|---|---|
| — Placement familial | 112 |
| — Placement isolé | 3 |
| — Placement non tutélaire | 11 |
| — Placement communautaire | 1 |

Certains de ces chiffres sont trop faibles pour posséder une réelle portée statistique. Ils expriment bien cependant ce qui se passe journellement lorsqu'une malade sort.

Le plus grand nombre des malades, et de loin, est pris en charge dès la sortie par le milieu familial. Ce groupe, c'est certain, est très hétéroclite. On y retrouve des malades guéries ou stabilisées à des niveaux différents. Certaines sont capables de travailler, d'autres sont totalement invalides et à charge de la famille. Le milieu familial est le plus souvent bénéfique pour le malade, mais bien souvent on se trouve en face de parents, conjoints, enfants, réticents, craintifs ou hostiles.

C'est un pourcentage moindre mais important qu'on enregistre pour les malades sorties en placement non tutélaire. Il s'agit là de malades pour lesquelles logement, emploi ont été trouvés par l'assistante sociale qui vivent de leurs propres moyens, tout en étant suivies régulièrement en post-cure. Ce sont des malades qui, lorsqu'elles en ont une, restent en rapport avec leur famille, mais n'y vivent pas.

Viennent ensuite les placements isolés. Ce sont des malades qui se retrouvent seules au sortir de l'hôpital, capables de se débrouiller sans l'aide médico-sociale pour trouver un travail et un logement.

En effet, ce soutien aurait demandé une prolongation de l'hospitalisation, la malade a préféré partir avant.

Le pourcentage décroît avec les sorties en milieu communautaire : hospices, communauté religieuse.

Nous n'avons pas le recul du temps pour faire un rapport entre le mode de sortie et les rechutes. Mais plusieurs ouvrages ont montré que plus le milieu est communautaire, structuré (Bec, Bonnet et Rousseau), et moins la rechute est fréquente.

Les rechutes sont maxima dans les sorties isolées où le malade, trop livré à lui-même, doit faire face à de multiples problèmes.

# CONCLUSION

De l'étude des 127 dossiers représentant les malades suivies en post-cure pendant l'année 1963 dans un service sectorisé, nous pouvons tirer un double enseignement :

1° Sur l'importance de l'organisation des post-cures.

2° Sur le caractère indispensable de la post-cure pour le malade mental.

Sur le plan de l'organisation, il apparaît que le secteur est indispensable au bon fonctionnement des post-cures. Parlant de la sectorisation, MM. Duchêne et Bailly-Salin, dans *L'Information Psychiatrique* de janvier 1962, écrivaient : « C'est une œuvre gigantesque à entreprendre et il faut la foi du bâtisseur de cathédrale pour se consacrer à une tâche dont il est à peu près certain que la plupart d'entre nous ne verra pas l'achèvement. »

La sectorisation consiste à mettre à la portée de la population tout un système de soins correspondant à la demande actuelle, c'est-à-dire soigner les maladies mentales avant qu'elles ne soient avérées et qu'elles ne viennent alors gêner l'entourage.

Cela suppose tout un appareil extra-hospitalier très développé, destiné non à supplanter l'hôpital comme certains l'ont craint, mais à couvrir une partie des besoins qui sont loin d'être satisfaits à l'heure actuelle.

Il est bien certain que de nombreuses névroses et psychoses pourraient être traitées beaucoup plus tôt, et facilement suivies à l'extérieur grâce à l'implantation d'une telle organisation. Nous avons vu le rôle et l'importance du dispensaire dans la sectorisation. Les dispensaires se développent mais ne permettent pas d'assurer actuellement plus d'un dixième des consultations théoriquement indispensables. C'est dire l'effort considérable que suppose l'équipement pour que se généralise la sectorisation sur tout le territoire.

Le dispensaire attaché à chaque hôpital des principaux grands centres de notre département du Loiret :

— Orléans ;
— Montargis ;
— Gien ;
— Pithiviers ;

assure le dépistage, le traitement précoce en cure libre, l'admission directe parfois, la post-cure surtout des malades mentaux. Nous avons vu comment l'équipe médico-sociale composée, comme le prévoyait la circulaire du 15 mars 1960, d'un psychiatre, d'une assistante sociale d'hygiène mentale, d'une ou plusieurs secrétaires médicales, d'une psychologue, facilite le travail de liaison entre les services privés du secteur, le centre hospitalier, les médecins de clientèle, les divers services sociaux, comment surtout cette même équipe assure la continuité des soins, objectif essentiel de la sectorisation. Il en résulte une grande unité d'action pour l'ensemble du secteur.

Notre étude a porté sur 127 cas qui illustrent cette coordination du travail et ce souci premier de la continuité des soins puisque ce sont toutes des malades qui furent hospitalisées, puis retrouvées, plus ou moins régulièrement nous l'avons vu, dans nos consultations de post-cures. L'activité de notre équipe médico-sociale a porté sur un bien plus grand nombre de cas dus aux fonctions de dépistage, de consultation, de traitements du dispensaire et non à son rôle de pôle essentiel dans le secteur, le seul qui nous intéresse ici.

Sur le plan sociologique, il résulte de notre étude que :

— la population observée présente un âge moyen de 44 ans. Cependant, cet âge moyen n'est qu'une indication globale et par conséquent fausse ; le graphique établi par tranches d'âges fait apparaître un lot important de malades dans la tranche 20 à 25 ans, soit 15 % de l'effectif total ;
— plus de la moitié de ces 127 malades femmes ne travaillent pas ; l'autre moitié est le reflet exact de la population du département du Loiret (à la fois industrielle et agricole) ;
— la majorité des malades furent admises à la suite d'un placement volontaire et le placement libre est encore en minorité.

Trois groupes importants tiennent la tête de notre classification par diagnostics :

*a*) Les états dépressifs psycho-névrotiques qui touchent avant tout l'élément jeune de notre « population ».

*b*) Les accès dépressifs.

*c*) Les psychoses périodiques

qui touchent essentiellement les femmes âgées et les femmes adultes.

— La majorité de ces malades n'a qu'une seule consultation de post-cure au cours de l'année 1963 ; pour les autres, nous avons montré qu'à l'ancienneté de l'hospitalisation correspondait nettement une plus grande fréquence de consultations de post-cure.

— De l'étude de la fréquence des hospitalisations, il ressort que, à part quelques exceptions, les malades hospitalisées une seule fois firent de courts séjours à l'hôpital. Parmi les malades à hospitalisations multiples, il n'y a pas de relation directe entre la durée de l'hospitalisation et la fréquence des rechutes. Est seule significative et influente la différence entre les diverses catégories nosographiques. Toutefois, nous pouvons dire que nous avons plus d'une fois constaté qu'une hospitalisation prolongée évitait souvent les rechutes. Ce sont ces cas d'hospitalisations prolongées qui nous ont fourni le plus grand nombre d'exemples de réussites assez démonstratifs de la post-cure. Une réinsertion sociale considérée comme très difficile autrefois, à la suite d'un long séjour à l'hôpital, est devenue réalisable grâce aux contacts multiples au cours des consultations de post-cures.

C'est un des points positifs de la post-cure, nous l'avons montré. D'autre part, reste essentiel l'avantage qu'elle offre d'équilibrer constamment un traitement en fonction d'une maladie évoluant bien souvent dans le temps et qui autrefois obligeait le malade à une inévitable hospitalisation.

— Le retour en milieu familial est le mode de sortie le plus fréquent, le plus souhaitable également bien que notre étude n'ait ni le recul du temps, ni un nombre de cas suffisants pour tirer une relation entre le mode de sortie, le milieu de sortie et la fréquence des rechutes.

— Enfin, l'étude des congés nous a permis d'individualiser trois périodes critiques après la sortie du malade : après quatre mois, à un an et vers trois ans. Il semble intéressant de considérer ces phases critiques pour les utiliser dans l'étalement des rendez-vous de post-cure. Il est vivement conseillé, si l'on constate une négligence de la part d'une malade, de faire le maximum, à ces périodes importantes, pour qu'elle vienne au rendez-vous. C'est le rôle du service social d'enquêter sur les conditions de vie de la malade et au besoin de demander au médecin traitant de faire comprendre à la malade l'intérêt qu'elle a de se faire suivre. Combien de malades, avec le temps, se lassent de prendre des médicaments coûteux, désagréables.

La périodicité des rechutes nous semble être une caractéristique importante de la maladie mentale. A elle seule, elle a déjà fait l'objet d'études grâce à des statistiques plus vastes que celles que nous avons rassemblées. Nous souhaitons que le développement de la

sectorisation, l'aménagement des installations matérielles, l'accroissement du personnel médical, permettent d'éviter beaucoup de rechutes grâce à des consultations de post-cure fréquentes et données dans de meilleures conditions.

Beaucoup de malades, aujourd'hui hospitalisés, pourront vivre à l'extérieur tout en étant suivis sérieusement.

---

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

# BIBLIOGRAPHIE


ABRAHAM (Mme). — Rôle médico-social du psychiatre en dehors du cadre hospitalier. (*Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1957, 115.)

BONNAFÉ (L.). — Thèses 1963 sur la psychiatrie de secteur. (*Information Psychiatrique*, novembre 1963, n° 9.)

BALIER (Cl.). — Une tentative de sectorisation en profondeur dans le milieu rural. (*Inf. Psych.*, 1961, n° 6, 37.)

BARRÉ (L.). — Premiers essais d'organisation et d'application d'une psychiatrie de secteur. (*Thèse*, Paris, 1961.)

BASTIÉ et BARDIS (Cl.). — Le reclassement des malades mentaux femmes sorties de l'Hôpital Psychiatrique de Marchant. (*Inf. Psych.*, 1960.)

BEC (G.), BONNET (H.), ROUSSEAU (G.). — Les rechutes après la sortie de l'hôpital psychiatrique. (*Inf. Psych.*, 1959, n° 2.)

BERNIER (L.). — Le travail en secteur vu par une assistante sociale. (*Inf. Psych.*, janvier 1963, n° 1.)

BÉCACHE (A.), FLORIO (D.) et BOUARD (J.). — Problèmes de post-cure. (*Inf. Psych.*, 1961, 37, n° 9.)

BIEDER (J.). — Du secteur avant toute chose. (*Inf. Psych.*, juin 1962, n° 6.)

BOUR (P.) et TACHOT (M.). — Délicates réadaptations : 67 sorties durables après plus de cinq ans d'internements. (*Presse Médicale*, octobre 1960, n° 68.)

DUCHÊNE (H.). — Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers. (*Rapport d'Assistance présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, Tours, juin 1959.)

DAUMEZON. — Réflexions sur la structure juridique des services psychiatriques publics. (*Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, LVIII[e] session, Tours, juin 1959.)

DUCHÊNE et BAILLY-SALIN. — Contre le secteur. (*Inf. Psych.*, janvier 1962.)

— Services psychiatriques extra-hospitaliers. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, « Psychiatrie », novembre 1961.)

FLOT (P.). — Post-cure des malades mentaux en milieu rural. (*Concours Médical*, juillet 1961, 83.)

HAZEMANN (H.). — La psychiatrie sociale et les attitudes de la collectivité. (*Inf. Psych.*, juillet 1959.)

JEANNEAU (A.). — Secteur, libre choix et service libre. (*Inf. Psych.*, mars 1963.)

LAMARCHE. — Centre de post-cure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest. (*Inf. Psych.*, juin 1962.)

LAMBERT, VACHER-LAMBERT (Mme), DIEDERICHS et VACOGNES. — Sur un essai de modifications des conditions habituelles d'assistance psychiatrique, le regroupement des activités extra-hospitalières dans les limites d'un secteur géographique. (*Annales Méd.-Psychol.*, janvier 1959.)

LAUZIER. — L'assistance aux malades mentaux aux Pays-Bas et en Suisse. (*Inf. Psych.*, décembre 1956-janvier 1957.)

LE GUILLANT. — Introduction d'une psycho-pathologie sociale. (*Evolution Psych.*, 1954, fasc. V.)

PAGES, GOASQUEN, MORIN. — Quel peut être l'avenir des malades mentaux après un internement de longue durée. (*Inf. Psych.*, 1959.)

SCHMIDT. — L'expérience de post-cure. (*Inf. Psych.*, 1960.)

SIVADON. — L'assistance extra-hospitalière. (*A.M.P.*, 1947.)

SIVADON, AMIEL, BAUMÉ. — Trois années de fonctionnement d'un centre de post-cure pour malades mentaux. (*A.M.P.*, 1960, tome 2.)

SIVADON et BAUMÉ. — Le Club de l'Elan. (*A.M.P.*, 1952.)

TORRUBIA. — A propos de la psychiatrie de secteur. (*Inf. Psych.*, 8 octobre 1959.)

VEIL. — Données pratiques sur le reclassement professionnel des malades mentaux. (*Ann. M.P.*, 1956, tome 1.)

VERMOREL (H.). — Du secteur. (*Inf. Psych.*, mai 1963.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e^